

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 54

L'abaissement prophylactique
du pied antérieur
dans les présentations du siège
Indications et résultats

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 30 Novembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edmond GEORGES

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 8 Février 1908 à FAYENCE (Var)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

L'ABAISSMENT PROPHYLACTIQUE DU PIED ANTÉRIEUR
DANS LES PRÉSENTATIONS DU SIÈGE
INDICATIONS ET RÉSULTATS

L'abaissement prophylactique
du pied antérieur
dans les présentations du siège
Indications et résultats

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 30 Novembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edmond GEORGES

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 8 Février 1908 à FAYENCE (Var)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1931

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
	TIXIER
	BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	VORON
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	MOURIQUAND
Clinique des maladies des femmes	VILIARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	COLLET
Clinique des maladies des voies urinaires	GAYET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	NOVE-JOSSERAND
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	COURMONT
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique et médicale	FLORENCE
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	MANCEAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	LATARJET
Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie externe	LERICHE
Pathologie interne	FROMENT
Pathologie et Thérapeutique générales	CADE
Anatomie pathologique	FAVRE
Chirurgie opératoire	FATEL
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	ARLOING (F.)
Médecine légale	ETIENNE MARTIN
Hygiène	X.
Thérapeutique	SAVY
Pharmacie et Pharmacologie	LEULIER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie M. CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	NOEL	ROCHET (Ph.)	CHAMBON
ROCHAIX	DUMAS	WERTHEIMER	CIBERT
RHENTER	DUFOURT	GATE	EPARVIER
MAZEL	DEVIC	BERNHEIM	GUILLEMINET
SANTY	GABRIELLE	DECHAUME	MORENAS
CHALIER (André)	MARTIN (Joseph)	POLLOSSON	REBATTU (Ch.)
CHALIER (Joseph)			

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VORON, président; RHENTER, assesseur;
DECHAUME et EPARVIER, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE PATERNELLE

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS MATERNELS

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON
Professeur de Clinique Obstétricale

Il nous fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse.

Qu'il veuille bien agréer l'expres-
sion de notre profonde reconnais-
sance pour cette marque d'intérêt et pour
l'enseignement dont il nous a fait bé-
néficier pendant le stage effectué dans
son service.

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MONSIEUR LE DOCTEUR BANSSILLON

Chef de Clinique Obstétricale

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a prodigué ses précieux conseils. Nous avons trouvé auprès de lui l'accueil le plus affable.

Nous lui exprimons nos remerciements les plus sincères.

A MES PREMIERS MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX MILITAIRES
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

L'ABAISSMENT PROPHYLACTIQUE DU PIED ANTÉRIEUR
DANS LES PRÉSENTATIONS DU SIÈGE
INDICATIONS ET RÉSULTATS

Introduction

L'accouchement par le siège fut longtemps considéré par les anciens accoucheurs comme dystocique au premier chef. Dès Ambroise Paré on redoutait de tels accouchements et on recommandait d'essayer toujours de ramener la « tête au couronnement » précepte que l'on applique rationnellement aujourd'hui quand on a la faculté de suivre l'évolution d'une gestation.

S'ils ne pouvaient « ramener la tête au couronnement », les anciens auteurs s'efforçaient, avant tout, de terminer rapidement ces accouchements si redoutés. Guillemeau fut un des premiers à recommander de « tirer sur les pieds », et Mauriceau, tout au moins dans les premières éditions de son traité, était convaincu que c'était le seul procédé à envisager pour terminer un accouchement par le siège dans les meilleures conditions possibles.

Au XIX^e siècle, les idées ont changé. Les accouchements par le siège n'ont plus si mauvaise réputation.

Baudelocque ne recommandait-il pas d'attendre une indication nette pour intervenir ?

De nos jours, la crainte que les anciens auteurs avaient de tels accouchements, nous semble exagérée. Mais il n'en demeure pas moins vrai que les accouchements par présentation du siège comportent un pronostic moins favorable que les accouchements par présentation du sommet. Il arrive encore souvent que l'accoucheur se trouve dans des circonstances où, ainsi que l'a dit Mme Lachapelle, « l'art en fait plus que la nature ».

Des statistiques, faites par Hégar, ont montré une mortalité maternelle de 1 % ; mais la morbidité est assez élevée : citons les déchirures du col, les effractions périnéales, très étendues parfois, l'état d'épuisement où se trouve la mère après de longues heures de travail.

Les dangers du côté fœtal sont incontestables. Pajot fixe la mortalité fœtale à 14 %, Winckel à 20 %. Ceci nous paraît exagéré. Pinard, dans son service, a trouvé 3,57 % de mortalité fœtale, Manuel 8,43 %, Hauvuy 5,33 %, procidence du cordon, souffrance fœtale, contracture utérine étant les principaux éléments de la léthalité fœtale.

Durant notre stage à la clinique obstétricale de la Charité, nous avons eu l'occasion d'assister à l'application d'une méthode qui nous a semblé, en certains cas et sous certaines conditions, donner de bons résultats, nous voulons parler de l'abaissement prophylactique du pied antérieur.

Ce procédé, pratiqué depuis longtemps, peut-il ai-

dér, dans certaines circonstances, à vaincre les difficultés d'un accouchement par présentation du siège ? Nous allons essayer de démontrer l'utilité de cette manœuvre et ses exactes applications.

D'ores et déjà, nous pouvons dire qu'on ne peut en faire un procédé habituel. D'ailleurs les statistiques montrent que le plus souvent les accouchements par le siège, abandonnés à eux-mêmes, se terminent spontanément. La crainte des anciens accoucheurs est partiellement dissipée. Déjà Budin avait vu que 89 % des accouchements par le siège décompleté, mode des fesses, se font sans incidents.

En ce qui concerne la manœuvre que nous étudions, Bonnaire écrivait, dans la *Semaine Médicale* de 1893 : « Il ne saurait être question d'appliquer la manœuvre de l'abaissement prophylactique du pied antérieur dans la présentation du siège complet. Les risques du fœtus tiennent à la rétention de la tête dernière et le passage de celle-ci, à travers le col et le canal périnéo-vulvaire, se trouve d'autant mieux assuré que la présentation est plus volumineuse. »

Ainsi ce serait une erreur que d'amoindrir le volume de la présentation. Il convient, si l'on n'a pas fait au moment nécessaire une version par manœuvres externes, de laisser l'accouchement par le siège complet se faire le plus possible spontanément.

La crainte d'une transformation du siège complet en siège décompleté, mode des fesses, secondaire, a guidé certains auteurs dans cette voie de l'abaissement prophylactique du pied antérieur. Le procédé empêcherait le relèvement des membres inférieurs.

Mais l'accouchement par présentation du siège décompleté secondaire n'offre pas un pronostic bien plus mauvais que l'accouchement par le siège complet. Il serait donc dangereux de diminuer le volume de la présentation pour éviter un danger, en général illusoire, tout en risquant parfois de causer la procidence du cordon.

Parmi les onze observations que nous avons retrouvées durant les dix dernières années à la Clinique obstétricale, il en est une relative à l'abaissement prophylactique du pied antérieur dans un cas de siège complet.

Les dix autres ont trait à l'accouchement par le siège décompleté, mode des fesses.

Nous nous occuperons donc, dans les chapitres qui vont suivre, surtout de l'abaissement prophylactique du pied antérieur au cours des accouchements par le siège décompleté, mode des fesses.

Nous remercions M. le Professeur Voron de nous avoir confié le sujet de cette thèse et de l'amabilité avec laquelle il nous a reçu dans son service.

Nous ne saurions oublier que M. le Docteur Bansillon ne nous a regretté ni son temps ni ses conseils. Il a droit à toute notre gratitude.

Nous étudierons dans notre travail, après un court exposé de l'histoire de l'abaissement prophylactique du pied antérieur :

1° Les inconvénients et les avantages de la méthode pour la mère et pour l'enfant ;

2° Ses indications possibles ;

3° Les résultats de cette méthode à la Clinique obstétricale de la Charité durant les dix dernières années.

Historique

L'abaissement prophylactique du pied antérieur, au cours de l'accouchement par le siège, est un procédé qui, dans son exécution, s'apparente à ceux qu'employaient les anciens accoucheurs en face de telles présentations.

Nous avons vu que, dès Ambroise Paré, en de pareilles circonstances, on cherchait avant tout à terminer rapidement l'accouchement. On ne s'occupait pas de la présentation et on allait chercher un pied « comme on peut », selon l'expression de Mauriceau.

Mais la méthode s'avéra brutale et fut responsable de nombreuses fractures du fémur. Au commencement du xix^e siècle, les accoucheurs, entre autres Baudelocque, conviennent qu'il faut laisser faire la nature et attendre, pour intervenir, une indication nette.

Pourtant, en présence des accidents fœtaux qu'entraînait un accouchement par le siège, décomplété mode des fesses, certains auteurs, sans vouloir pratiquer une extraction brutale, cherchèrent une méthode qui était mieux que la simple expectation.

C'est ainsi qu'Ahlfeld, en 1872, remit en pratique l'abaissement du pied antérieur. Au xviii^e siècle, on

avait surtout en vue l'abaissement du membre, suivi de l'extraction immédiate du fœtus. Ahlfeld voulait, lui, lever les difficultés éventuelles ultérieures et mettre à la disposition de l'accoucheur un tracteur en cas de danger.

Le point original de sa théorie consiste à accomplir la déflexion du membre inférieur et à abandonner les autres temps de l'accouchement à la nature.

Nous pouvons, dès maintenant, donner une définition de l'abaissement prophylactique du pied antérieur : c'est la transformation d'un siège décomplété, mode des fesses, en un siège partiellement décomplété, mode d'un pied, et l'abandon de cette présentation à elle-même.

Spiegelberg et Mangiagalli, quelques années plus tard, limitèrent les indications de la méthode qu'Ahlfeld et Barnes voulaient appliquer systématiquement en présence d'un siège décomplété, mode des fesses. Ils la réservèrent aux primipares, aux bassins généralement rétrécis et aux procidences du cordon.

En 1889, Pinard, dans la thèse de son élève Mantel, précisa la technique opératoire de l'abaissement prophylactique du pied antérieur. Potocki, par un article paru en 1893, dans les *Annales de Gynécologie*, se fit un défenseur ardent de la méthode.

Se basant sur différentes expériences réalisées sur le mannequin, sur le cadavre et dans le bassin de bronze, apportant de plus des preuves cliniques relevées dans le service de Pinard, il préconisa l'abaissement prophylactique du pied antérieur à dilatation complète, « de préférence à la prise, souvent défec-

tueuse, du forceps, à la fragilité des lacs ou à la difficulté des tractions digitales au niveau des plis inguinaux ».

Ces différentes publications donnèrent lieu à de nombreuses discussions contre la trop grande systématisation thérapeutique que tendait à prendre la manœuvre de l'abaissement prophylactique du pied. Bonnaire, dans la thèse de Bloc et dans un article paru dans la *Semaine Médicale*, sans rejeter la méthode, en limite les indications. Il est même partisan de l'abaissement partiel du pied antérieur, suffisant pour « débrider la colonne vertébrale » et favoriser une meilleure dilatation.

Dubrisay, Porak, Maygrier, Puech, Gaulard précisent les exactes conditions d'application du procédé.

Fabre, dans la thèse de Desmaroux, recommande, dans certains cas, une méthode mixte, dite du « refoulement du genou », qui lui a donné de bons résultats, mais déconseille la pratique de l'abaissement prophylactique du pied antérieur.

Ainsi donc les nombreuses discussions, auxquelles a donné lieu l'application de cette méthode, en ont restreint les indications. Celles-ci sont limitées. Mais le procédé, appliqué en temps opportun, et sous certaines conditions, peut-il rendre de réels services ?

Dans les observations de cette thèse, on verra que sa mise en pratique a plus d'une fois accéléré heureusement le travail qui menaçait, en se prolongeant, sinon la vie de la mère, du moins celle de l'enfant.

Nous ne craignons donc pas de dire dès maintenant que, sans vouloir appliquer ce procédé sur une

trop vaste échelle, il est des cas où les critiques dont il a été l'objet paraissent exagérées. Nous nous efforcerons d'en préciser les principales indications, mais, au préalable, nous allons discuter les principaux inconvénients ou dangers qu'il peut présenter.

CHAPITRE PREMIER

Inconvénients et avantages de la méthode

Inconvénients et avantages de la méthode pour la mère

Devant une primipare qui souffre depuis de nombreuses heures, chez qui le fœtus, volumineux souvent, n'a pas ou a peu progressé dans sa descente, la dilatation du col ne faisant presque pas de progrès, on est en droit de rechercher un procédé pouvant mettre un terme à cette situation.

La grande extraction du siège ne peut pas se faire sans danger à ce moment, puisque le col n'est pas dilaté.

Faire alors cette dilatation ? N'y a-t-il pas des risques, parfois, à vouloir dilater, par des procédés variables, un col qui s'avère résistant ? Ne peut-on pas redouter des déchirures cervicales et leurs propagations au segment inférieur ? Même la mise en œuvre

de l'anesthésie rachidienne, pour l'achèvement de la dilatation, risque de se heurter à de graves inconvénients.

La pratique a montré que, dans un utérus où une rétraction un peu exagérée commence à se manifester, la rachicocaïnisation, si elle assouplit au maximum le canal cervico-segmentaire, peut arriver à contracturer le corps utérin, surtout au niveau de l'anneau de contraction. A la Clinique obstétricale, plusieurs essais de cette méthode en pareil cas (siège décomplété, travail lent, dilatation incomplète, souffrance fœtale) se sont heurtés à de grandes difficultés de l'extraction fœtale par téτανisation de l'anneau de Bandl.

La vogue de l'anesthésie rachidienne, sous l'influence des travaux de Delmas, ne paraît pas s'appliquer aux cas particuliers que nous envisageons ici.

L'administration répétée de chloral, et même l'anesthésie générale, peuvent contribuer à un assouplissement des parties molles. Elles ne peuvent être qu'un adjuvant et non pas une thérapeutique.

Quant à pratiquer une césarienne basse, indépendamment de tout autre élément dystocique, il est hors de doute que, dans ce cas, les risques courus par la mère ne sont pas à mettre en parallèle avec ceux qui sont le propre de la méthode obstétricale expectative.

L'abaissement prophylactique du pied antérieur, méthode peu brutale pour la mère, ne semble pas devoir entraîner chez elle de complication grave. Il ne peut pas y avoir danger de rupture utérine, soit au cours de la manœuvre, soit ultérieurement, car la

main qui opère n'agit que sur une partie du membre inférieur à abaisser.

On ne peut donc pas comparer cet abaissement, quant aux risques d'étirement du segment inférieur, à la grande évolution du fœtus au cours de la version par manœuvres internes.

Tout au plus peut-on redouter l'amorce d'une déchirure un peu étendue du col au moment de l'introduction de la main dans l'utérus, allant à la recherche du bon pied. Les risques paraissent moindres, lors de l'abaissement du petit membre saisi.

Quoiqu'il en soit, correctement exécutée, sans violences, avec anesthésie générale et opérant sur un col d'une perméabilité suffisante, cette manœuvre ne paraît pas devoir comporter de notables inconvénients maternels.

Inconvénients et avantages de la méthode pour le fœtus

Examinons d'abord, comme l'a fait Mlle Goldberg dans sa thèse, les différents temps de l'accouchement par le siège décomplété, mode des fesses. Un tel accouchement comporte, en réalité, trois temps successifs, de plus en plus importants :

L'expulsion du siège, celle des épaules, enfin l'expulsion de la tête dernière, celle-ci de volume plus grand que les épaules qui, elles-mêmes, ont des dimensions plus grandes que le siège. Une fois le siège expulsé, il ne faut pas perdre de vue que le plus dif-

ficile reste souvent à accomplir. Et la difficulté sera d'autant plus ardue, ainsi que l'a montré P. Dubois, que l'écart des diamètres sera plus grand entre les trois présentations qui se succèdent.

L'abaissement d'un pied dans le vagin ne diminuera-t-il pas sensiblement le volume de la présentation pelvienne ? Il nous semble, au contraire, que cet abaissement d'un membre inférieur, ainsi que nous l'avons déjà dit plus haut, pourra jouer un rôle bien-faisant sur la dilatation du col utérin par le meilleur contact de la présentation avec le segment inférieur et peut-être aussi par excitation réflexe du col utérin.

Par contre, le procédé de l'abaissement d'un pied a pour effet de diminuer la circonférence sous-scapulo-rétro-tibiale, sensiblement égale aux circonférences de la tête, comme l'ont montré Bloc et Dubrisay.

On peut donc prévoir, après l'abaissement d'un pied, des difficultés pour l'accouchement des épaules et de la tête dernière, par suite de la préparation insuffisante du canal cervico-segmentaire, plus ou moins complètement dilaté par le siège décomplété, mode d'un pied.

Mme Gaussel-Ziegelmann, dans une statistique faite à la Clinique obstétricale de l'Université de Montpellier, relève, sur 21 sièges décomplétés, mode des fesses, 4 cas où la manœuvre de Mauriceau offrit de sérieuses difficultés et trois fois sur quatre ces difficultés se montrèrent après un abaissement prophylactique.

Nous-même, sur onze abaissements prophylactiques, nous avons noté trois cas où la manœuvre de

Mauriceau offrit quelques difficultés qui peuvent ainsi que nous le verrons, être interprétées de différentes façons.

D'ailleurs, beaucoup d'accouchements par le siège complet ou décomplété réservent la surprise d'une tête pour laquelle la manœuvre de Mauriceau doit être complétée par le procédé de Champetier. Nous ne croyons pas que la modification apportée par l'abaissement d'un pied risque de rendre le Mauriceau aussi difficile que Mme Gaussel-Ziegelmann l'ait laissé entendre.

Si nous considérons la présentation initiale siège décomplété, mode des fesses, nous remarquons que les membres inférieurs, relevés en attelles, arrivent à la hauteur des épaules et forment, avec celles-ci et les bras, un bloc assez homogène. Qu'un des éléments de ce bloc disparaisse, et c'est ce qui se produira après l'abaissement d'un pied, il se fera un vide intra-utérin ; la cohésion risquera d'être détruite. On comprend alors qu'un ou même les deux membres supérieurs puissent se relever, complication exceptionnelle dans l'accouchement spontané par le siège, normalement dirigé par un accoucheur expérimenté. Nous avons noté deux cas de relèvement de bras sur les onze observations qui ont trait à l'abaissement prophylactique.

En dehors de ces inconvénients, intéressant le mécanisme de l'expulsion, il en est d'autres que tous les auteurs ont reconnus.

La procidence du cordon est une complication qui sera plus à redouter. La manœuvre de Pinard-Mantel

peut entraîner la chute du cordon qui, dans ce cas, sera pris entre la présentation et le bassin. Sa compression amènera la souffrance de l'enfant et il faudra extraire celui-ci par les moyens les plus rapides.

De même l'introduction des doigts dans l'utérus et leur contact prématuré avec le fœtus peuvent produire des mouvements d'inspiration par voie réflexe.

Enfin on a constaté, dans quelques cas, un ralentissement des bruits du cœur, après la manœuvre de l'abaissement du pied, pouvant faire craindre un certain degré de souffrance fœtale.

En ce qui concerne la comparaison, au point de vue léthalité fœtale, des accidents qui sont l'apanage du Braxton-Hicks ou de l'abaissement d'un pied à dilatation incomplète dans le placenta prævia, et de la manœuvre sensiblement identique, pratiquée au cours d'un accouchement par le siège, on peut admettre que l'assimilation n'est pas possible.

Si, dans le premier cas, le siège du fœtus comprime une portion importante du champ placentaire, et son asphyxie en résulte directement, dans l'autre éventualité, l'hématose placentaire n'est nullement modifiée. Ce danger, quand le placenta est normalement inséré, n'est donc pas à craindre.

A propos des accidents intéressant le membre abaissé, signalons les fractures du fémur. Hauvuy, dans sa thèse, sur vingt et un abaissements du pied antérieur, dont sept prophylactiques, a relevé deux fractures du fémur et une laxité de l'articulation coxo-fémorale. Nous pouvons dire que des manœuvres obstétricales, correctement et prudemment exé-

cutées, pourront éviter ces complications osseuses qui ne seront, en tous cas, pas plus fréquentes qu'au cours de l'abaissement curatif du pied antérieur.

Quant aux lésions articulaires, qui sont très rares, il suffit, pour les empêcher, de ne pas exercer des tractions trop violentes sur le membre utilisé.

Une dernière complication, que nous signalons pour mémoire, et qui préoccupait les accoucheurs d'avant l'ère aseptique, est l'infection du pied abaissé. L'apparition d'un œdème du membre comprimé dans le vagin, avec parfois des phytènes, pouvait prédisposer aux infections cutanées. Ce danger est moins à craindre aujourd'hui.

Les principaux inconvénients fœtaux de l'abaissement prophylactique du pied antérieur qu'il nous faut retenir, sont donc surtout : le danger des procidences du cordon et la possibilité du réflexe inspiratoire prématuré que peuvent provoquer la recherche et la saisie du pied antérieur.

CHAPITRE II

Indications de la méthode

Ayant vu les principaux inconvénients de la méthode que nous préconisons, il nous reste à en discuter les indications.

Dans la présentation du siège, surtout décomplété, mode des fesses, il peut se produire deux incidents principaux : le premier réside dans le fait de contractions insuffisantes. La progression du mobile fœtal se fait mal et, tôt ou tard, il en résultera des signes plus ou moins nets de souffrance fœtale. A quoi est dû cet arrêt de la progression ?

En général, le contact de la présentation avec le pôle inférieur de l'utérus se fait mal. Il est classique, en effet, de dire que la constitution du segment inférieur est retardée dans la présentation du siège. Pour peu qu'il y ait en plus un certain degré d'antéversion ou de latéro-version utérine, le siège tendra à glisser dans une des fosses iliaques ou à buter contre la symphyse, deux alternatives qui, si elles n'engendrent pas

nécessairement les présentations transversales, peuvent influencer sur la lenteur de la dilatation par contact insuffisant de la présentation.

Enfin une deuxième complication peut survenir, principalement en cas de rupture précoce des membranes. Le liquide amniotique s'écoule rapidement en totalité hors des voies génitales, l'obturation de l'orifice interne par la présentation étant en général insuffisant.

Chez les multipares, si le travail se déclenche rapidement, cet inconvénient peut être relativement minime, mais, chez les primipares, cet utérus, vide d'eau, tend à se mouler assez étroitement sur le fœtus. La rétraction utérine peut apparaître d'une manière souvent précoce, comprimant le placenta, le cordon et le corps fœtal avec toutes les conséquences fâcheuses qui peuvent en résulter pour la vitalité du produit de conception.

Dans ces deux derniers cas, le travail sera irrégulier, avec des alternatives de contractions subintrantes et d'inertie relative. Pour la régularisation du travail, les moyens médicamenteux, chloral, morphine, spasmalgine, se révéleront insuffisants.

Il ne saurait également être question de dilatation du col sous rachianesthésie, qui exagérerait la contracture du corps utérin et rendrait de ce fait l'extraction fœtale très difficile, sinon dangereuse.

Il faut donc s'ingénier à réveiller les contractions, tout en les régularisant, et à ramener la présentation dans l'axe des voies génitales, afin de permettre son expulsion facile.

L'abaissement du pied antérieur sera un des moyens mécaniques, satisfaisants en théorie, dont nous pouvons disposer. Il reste à en préciser nettement les indications.

Il est bien évident que tous les cas d'inertie, de contracture, de mauvaise adaptation du pôle foetal dans les présentations du siège, ne seront pas justiciables de cette méthode. Il convient en effet de ne pas trop se presser pour la mettre en œuvre. Car il peut arriver, dans la pratique, que ces complications disparaissent plus facilement qu'on ne l'avait envisagé à un premier examen et que l'accouchement se produise normalement.

Le deuxième point sur lequel il faut insister c'est le degré de la dilatation. Il est certain que, en aucun cas, il ne faudra pratiquer trop tôt l'abaissement prophylactique du pied antérieur. Sa recherche et sa saisie ne seraient pas exemptes de danger pour la mère et aussi pour le fœtus. Nous verrons plus loin, à la lecture des observations que nous rapportons, que c'est avec une dilatation déjà relativement avancée, mais non complète, que ce procédé a été mis en pratique.

Et il a été appliqué, parce que l'on craignait que l'achèvement de la dilatation, principalement par les procédés manuels, pouvait être dangereux pour la mère.

L'utilité de cette manœuvre réside alors surtout dans ce fait que la bonne adaptation du pôle pelvien foetal permet l'assouplissement du segment inférieur et sa dilatation progressive. La dernière des consé-

quences pratiques de ce nouvel état de choses sera enfin la reprise régulière des contractions utérines. La rapidité de l'accouchement en sera donc accrue, en ménageant au maximum l'intégrité du canal cervico-segmentaire.

Enfin, il est bien entendu que, tant que la poche des eaux ne sera pas rompue, il conviendra de respecter celle-ci au maximum et c'est, en quelque sorte, une contre-indication de la manœuvre de l'abaissement prophylactique, puisque dans la présentation du siège la pression excentrique du pôle inférieur de l'œuf peut suffire à dilater complètement l'orifice cervical. Si besoin est, c'est l'abaissement curatif avec grande extraction du siège que l'on cherchera à réaliser en cas de dilatation complète ou de col dilatable, si l'indication s'en pose.

L'étude critique dès onze observations qui suivent va nous permettre de discuter objectivement les avantages et les inconvénients possibles de l'abaissement prophylactique du pied antérieur.

CHAPITRE III

Discussion des observations et résultats

Nous noterons tout d'abord que, sur 11.489 accouchements représentant le total des naissances qui eurent lieu à la Clinique obstétricale pendant une période de dix ans, d'octobre 1921 à octobre 1931, nous relevons 402 accouchements par le siège, se décomposant de la façon suivante :

283 accouchements par le siège décomplété, mode des fesses ;

119 accouchements par le siège complet.

Indépendamment des difficultés rencontrées au cours de chacune de ces naissances et sur lesquelles nous ne pouvons insister, ces considérations débordant le cadre de notre étude, nous ferons remarquer que la manœuvre que nous préconisons n'a été réalisée que 11 fois, soit une proportion de 0,098 % sur l'ensemble des accouchements ;

De 2,7 % sur l'ensemble des accouchements par le

siège, de 3,5 % sur celui des accouchements par le siège décomplété, mode des fesses.

Ces pourcentages démontrent que les indications de cette manœuvre sont relativement rares. Il est en effet exceptionnel que le travail s'arrête ou devienne suffisamment irrégulier pour qu'on soit obligé d'intervenir afin d'en rétablir le cours normal.

Notons cependant que les onze observations, que nous rapportons, s'échelonnent de novembre 1928 à octobre 1931. Pendant cette période, il y eut à la Clinique 3.822 accouchements, parmi lesquels nous relevons 136 présentations du siège, dont 85 présentations du siège décomplété, mode des fesses, ce qui ramène donc effectivement nos proportions :

A 0,29 % sur l'ensemble des accouchements ;

A 8,09 % sur l'ensemble des présentations du siège ;

Et à 11,7 % sur le total des présentations du siège décomplété, mode des fesses.

Cette constatation présente un intérêt d'un autre ordre, à savoir que cette méthode paraissait définitivement abandonnée, ainsi qu'en font foi les différents travaux inspirés par l'école lyonnaise avant la guerre.

Quels seront donc les principales circonstances cliniques où l'on pourra avec avantage utiliser cette méthode ?

Tout d'abord nous envisagerons dans leur ensemble les quelques particularités cliniques les plus fréquemment rencontrées chez les malades où la manœuvre fut mise en pratique.

Ce qui frappe en premier lieu, c'est la fréquence de la rupture précoce ou prématurée des membranes (neuf cas sur onze). Ce point confirme donc la doctrine classique, à savoir que la perte prématurée du liquide amniotique risquera de déterminer des déficiences du travail (lenteur ou irrégularité), de même que l'on pourra observer un certain degré de contracture du corps de l'utérus.

En effet, conditionnée ou non par la rupture précoce ou prématurée des membranes, notons, dans toutes nos observations, une lenteur anormale du travail, soit par la diminution des contractions ou par leur irrégularité, soit même par leur disparition complète.

Il est donc incontestable que, dans les onze cas que nous rapportons, il fallait intervenir d'une façon ou d'une autre pour rétablir la marche normale du travail.

La conséquence logique d'un pareil état de choses doit être évidemment la souffrance fœtale, constatée cliniquement avant l'expulsion. Toutefois, mis à part trois cas où l'on eut un enfant mort-né ou ayant succombé dans les heures qui suivirent la naissance, on n'attendit pas d'avoir des signes nets de souffrance fœtale pour intervenir.

Nous reviendrons, d'ailleurs, plus loin sur la discussion des trois cas particuliers dont nous avons fait mention.

Le point capital qui détermine l'intervention est donc la lenteur exagérée du travail. Et à ce propos

nous rappellerons la durée du travail des onze malades dont nous rapportons les observations.

Observation I : secondipare, 9 heures.

Observation II : sextigeste, 16 h. 30.

Observation III : primipare, 64 h. 45.

Observation IV : sextipare, 18 heures.

Observation V : quintipare, 22 heures.

Observation VI : primipare, 29 h. 30.

Observation VII : primipare, 32 h. 30.

Observation VIII : primipare, 51 heures.

Observation IX : primipare, 13 h. 30.

Observation X : primipare, 16 heures.

Observation XI : secondipare : 4 heures.

Ce qui nous donne une durée moyenne du travail de 25 heures, ceci se rapportant à :

6 primipares ;

5 multipares.

L'élément essentiel est donc l'insuffisance, l'irrégularité ou l'absence des contractions et le fait de l'abaissement du pied, rétablissant la bonne adaptation du pôle pelvien, qui se présente, avec le segment inférieur, a suffi pour rétablir la reprise régulière des contractions.

Une seule fois, on s'est heurté à un certain degré de rétraction utérine (Obs. V), qui a rendu la manœuvre particulièrement difficile. Il est vrai que, dans ce cas, on était en présence d'une présentation intermédiaire entre siège et épaule avec obliquité utérine très prononcée et gros enfant. Malgré cela les contractions utérines étaient parfaitement inefficaces et la présentation ne progressait pas. Deux heures après

la manœuvre, les contractions ont réapparu mais la rétraction utérine fut observée jusqu'à la fin du travail et rendit l'extraction très pénible. Ce fut un des cas où l'accouchement donna naissance à un enfant mort-né.

Mise à part, cette mauvaise marche du travail dans ce cas particulier où il s'est écoulé plus de huit heures entre l'abaissement prophylactique et l'accouchement, les résultats strictement mécaniques ont été plus favorables dans les autres cas.

La durée qui sépare la manœuvre prophylactique de la naissance de l'enfant se répartit en effet comme suit :

Obs. I	1 heure
Obs. II	2 heures
Obs. III	1 h. 1/4
Obs. IV	3/4 d'heure
Obs. V	8 h. 45
Obs. VI	2 heures
Obs. VII	3 h. 30
Obs. VIII	1 heure
Obs. IX	6 heures
Obs. X	2 heures
Obs. XI	2 h. 30

Ce qui donne une durée moyenne de 2 h. 50.

En ce qui concerne la parité, nous retrouverons l'influence fâcheuse de la primiparité puisque nous notons six primipares sur onze cas observés.

Le volume fœtal ne semble pas devoir être invoqué comme cause prédisposant à la mauvaise marche du travail d'une façon particulière.

Le poids des différents fœtus se répartit de la façon suivante :

Quatre kilogrammes et au-dessus... 4 fœtus

Trois kilogrammes et au-dessus... 3 fœtus

Au-dessous de trois kilogrammes... 4 fœtus

La vitalité de ces enfants mérite aussi quelque discussion.

Nous avons fait remarquer plus haut que, mis à part un cas où l'enfant avait donné des signes de souffrance avant la mise en pratique de la manœuvre, les bruits du cœur étaient normaux au moment où fut pratiquée l'intervention.

Il n'en est pas de même en ce qui concerne la vitalité à la naissance. Si l'on excepte l'observation VI, les enfants naquirent, en général, étonnés, soit que l'on ait été en présence de gros enfants (Obs. I, II, VII et VIII), soit qu'il se soit agi d'une primipare avec enfant de poids normal ou même petit (Obs. III et X).

On peut se demander si les difficultés de l'accouchement furent déterminées ou facilitées par l'abaissement prophylactique du pied. Rien ne permet de le penser puisque cette manœuvre a permis la reprise normale du travail qui, jusque-là, s'était montré nettement defectueux). Il est donc permis de supposer que, si les contractions avaient continué d'être irrégulières, la souffrance fœtale aurait risqué d'atteindre un degré plus grave encore, voire même de déterminer la mort de l'enfant.

Enfin la pratique démontre que, dans tout accouchement du siège chez une primipare ou avec gros enfant, l'extraction de la tête dernière est le temps

délicat pendant lequel l'enfant risque de succomber.

Nous allons maintenant discuter les cas des enfants morts-nés.

En ce qui concerne l'observation IV, il s'agit d'une sextipare, chez laquelle la présentation était intermédiaire entre siège et épaule, qui fut d'ailleurs franchement ramenée en présentation longitudinale par manœuvres externes. C'est principalement l'irrégularité des contractions qui détermina la mise en pratique de la manœuvre. L'accouchement eut lieu spontanément et avec facilité trois quarts d'heure après ; l'enfant était porteur d'un spina bifida de la région sacro-coccygienne et la réaction de Hecht se montra, dans la suite, très positive. Il nous semble donc que la mort de cet enfant puisse être attribuée à la malformation dont il était porteur et peut-être aussi à sa fragilité particulière, tenant à une spécificité congénitale possible. Il ne nous paraît donc pas que ce cas puisse être mis au passif de la méthode.

En ce qui concerne l'observation V, c'est une quartipare avec, également, une présentation intermédiaire entre le siège et l'épaule, obliquité et rétraction utérine. On fut, dans ce cas, lorsque la dilatation fut complète, obligé de pratiquer la grande extraction du siège, et, au cours de celle-ci, qui fut particulièrement difficile, on s'aperçut que l'enfant avait succombé. Il semble donc que la mort du fœtus puisse être attribuée à l'ensemble des circonstances défavorables que nous avons mentionnées. Il est vraisemblable de penser que le même résultat eût été observé et, à plus forte raison, si l'on avait laissé le travail se dérouler

normalement. Peut-être même eût-on assisté à la transformation de la présentation du siège en épaule, ce qui eut risqué d'être défavorable, non seulement pour l'enfant, mais encore pour la mère.

La mise en pratique de la méthode a donc été pour le moins un pis-aller en présence d'une situation d'emblée franchement défavorable.

A propos de l'observation IX, on se trouve en présence d'une primipare, chez laquelle, en dehors du service, un médecin avait pratiqué l'abaissement prophylactique du mauvais pied, à savoir le postérieur. La malade entra donc dans le service avec un arrêt des contractions, une rigidité du col et une mauvaise adaptation du pôle pelvien. L'achèvement de la dilatation par les manœuvres habituelles risquait d'être impossible et dangereuse. On a donc préféré pratiquer l'abaissement du pied antérieur qui permit la réapparition des contractions normalement rythmées. Six heures et demie après, le siège fut expulsé spontanément, mais on se heurta à une dystocie très prononcée pour l'extraction de la tête dernière, due surtout à la rétraction de l'anneau de Bandl.

L'enfant, de poids inférieur à la normale, 2.320 gr., vécut 7 heures. On peut se demander si la manœuvre, pratiquée en temps opportun et surtout correctement exécutée, n'aurait pas permis jusqu'à un certain point un résultat plus favorable.

Nous noterons que, en ce qui concerne la mère, aucune des observations, que nous rapportons, ne permet d'enregistrer des accidents sérieux, notamment

les déchirures du col étendues et les menaces de fission du segment inférieur.

On a donc l'impression que la mise en pratique de cette méthode a ménagé au maximum les intérêts de la mère et que, dans la majorité des cas, elle a sauvé-gardé ceux de l'enfant lui-même.

De plus, sur les onze observations, nous ne relevons aucun cas de procidence ou de latérocidence du cordon, que l'abaissement prophylactique du pied antérieur aurait pu déterminer. L'absence de cet accident, signalé par la majorité des auteurs, qui ont mis cette méthode en pratique, peut donc être jusqu'à un certain point constatée, lorsque l'on intervient avec prudence, et surtout avec un col qui, sans être complètement dilaté, est assez souple pour permettre, sans trop de difficultés, la saisie du bon pied.

Enfin, et c'est le point principal qui doit se dégager de notre étude, cette méthode peut rendre de très réels services, lorsque, en présence d'un travail qui s'arrête ou devient irrégulier, on constate une présentation du siège surtout décomplété, avec une dilatation insuffisante pour pratiquer l'abaissement curatif.

Dans les cas favorables de col souple, aisément dilatable, avec un utérus indemne d'une rétraction trop marquée, l'extraction immédiate sera évidemment le procédé de choix, en cas de contractions insuffisantes et signes de souffrance fœtale.

Mais lorsque le col est plus ou moins résistant, que le pôle pelvien appuie d'une façon insuffisante sur le segment inférieur par suite d'une mauvaise adaptation ou d'une obliquité utérine exagérée, l'abaissement

du pied antérieur, par le contact meilleur avec le pôle inférieur de l'utérus, permettra alors le plus souvent la reprise des contractions et l'achèvement de la dilatation.

Nous pensons donc que cette méthode, sans être généralisée, mérite d'être conservée, tout en réservant son application à des cas particuliers, que nous nous sommes efforcé de préciser.

Résultats dans le post-partum chez la mère et chez l'enfant

Il nous reste, en dernier lieu, à envisager les résultats de la manœuvre au cours du *post partum* chez la mère et chez l'enfant.

Sur ce point, nous serons bref.

Nous avons, en effet, envisagé les inconvénients maternels de la méthode et nous avons vu que les complications graves étaient peu à craindre pendant la manœuvre de l'abaissement du pied.

Dans les suites de couches, la méthode, correctement appliquée, ne doit entraîner aucun événement fâcheux du côté maternel. Parmi les onze observations que nous avons recueillies, il n'en est aucune qui mentionne une complication, dans le *post partum*, qui soit imputable à la manœuvre.

Enfin, en ce qui concerne la vitalité ultérieure des nouveaux-nés, nous relevons sur les huit observations d'enfant vivant, deux cas où, dans les jours qui suivi-

rent, l'enfant présenta quelques phénomènes morbides.

Dans l'observation II, le nouveau-né eut une dyspnée assez marquée avec cyanose. On lui donna de l'oxygène. La mère quittait le lendemain la clinique, malgré les avis contraires, avec son enfant malade. Nous n'avons pu savoir ce qu'il était advenu par la suite.

L'enfant de l'observation X eut des crises convulsives dans les heures qui suivirent la naissance. Ces crises, d'ailleurs, disparurent complètement et l'enfant quitta le service en bonne santé.

Il semble, toutefois, que ces incidents peuvent être constatés dans tout accouchement par le siège et nous pensons qu'il est difficile d'en rendre responsable la manœuvre de l'abaissement prophylactique du pied antérieur.

Observations

de la Clinique obstétricale de la Charité

OBSERVATION I

B... Emilie, 33 ans, secondipare.

Un accouchement en 1926 à domicile. Forceps. Enfant vivant.

Bonne santé habituelle.

Dernières règles : le 22 janvier 1928. Accouchement prévu : le 2 novembre.

Entre dans le service le 20 novembre, à 7 h. 15. Elle est donc à neuf mois et demi de gestation.

Les douleurs ont commencé le même jour, à 2 heures, par conséquent 5 heures avant son arrivée dans le service.

Elle a perdu les eaux, durant le trajet, à 7 heures. Dès ce moment, les douleurs sont peu marquées et apparaissent toutes les quinze minutes.

Au palper on sent le dos à gauche ; le ballottement céphalique est perçu dans le fond utérin. Les bruits du cœur sont entendus.

Au toucher, le col est dilaté à une paume de main. Le fœtus est en S. I. G. décomplété, mode des fesses. On a l'impression d'un enfant volumineux.

Les douleurs se faisant de plus en plus faibles, à 9 h. 40, sous anesthésie, on pratique l'abaissement prophylactique du pied antérieur. Les contractions redeviennent normales. A 10 h. 40, une heure après la manœuvre prophylactique de l'abaissement du pied antérieur, la dilatation est complète. Les bruits du cœur sont toujours réguliers ; le siège est en-

gagé. Sous une nouvelle anesthésie, l'extraction est faite. Un Mauriceau et un Champetier sont nécessaires pour l'extraction de la tête dernière.

L'enfant, une fille, naît étonnée. Elle pèse 4.800 grammes.

Le périnée a été déchiré : 3 points de suture.

La délivrance donne un placenta et des membranes complets.

La perte sanguine a été de 600 grammes.

Les suites sont normales pour la mère et l'enfant.

OBSERVATION II

F... D..., 37 ans, sextigeste.

Quatre accouchements normaux. Trois enfants vivants. Un mort de typhoïde à 16 ans.

Une fausse couche de quatre mois.

Renseignements complémentaires non donnés. A l'examen général, rien à signaler.

La rupture des membranes a eu lieu le 21 août, à 19 heures.

Les douleurs ont débuté le même jour, à 21 heures.

Entre à la salle de travail le 22 août, à 2 heures.

On fait un toucher à ce moment. Il montre un col dilaté à une paume de main. La présentation est en S. I. D. décomplété, mode des fesses.

Les douleurs commencent à devenir irrégulières. L'auscultation fait entendre des bruits du cœur réguliers.

Devant la rupture prématurée des membranes et à cause de l'irrégularité des contractions, à 11 h. 20, on abaisse le pied antérieur.

A 13 h. 20, expulsion spontanée d'un enfant du sexe masculin qui naît étonné. Il crie, dès qu'il a été mis dans un bain chaud. Son poids est de 4.300 grammes.

La délivrance, effectuée dix minutes après l'expulsion de l'enfant, montre un placenta et des membranes intacts.

La perte sanguine est de 300 grammes. Aucune déchirure à signaler.

L'enfant présente de la dyspnée le deuxième jour ; il se cyanose. On lui donne de l'oxygène.

La mère, malgré les avis contraires, quitte le lendemain la clinique avec son enfant malade.

OBSERVATION III

S... Irma, 26 ans, primipare.

Antécédents héréditaires et personnels n'offrant rien de particulier.

On ne peut savoir la date de ses dernières règles.

La parturiente n'est jamais venue à la consultation. Elle est amenée le 7 octobre 1929, à 20 heures, dans le service, par une sage-femme. Un docteur a fait plusieurs tentatives de forceps sur le siège. Craignant une dystocie marquée, il envoie la malade à la Charité.

Les douleurs ont débuté le 5 octobre, à 8 heures ; la rupture des membranes s'est effectuée spontanément, le 7, à 17 heures.

A son entrée, le 7 octobre, à 20 heures, les douleurs ont cessé.

L'auscultation révèle des bruits du cœur bien frappés.

Le toucher montre un col épais, dilaté à une paume de main. Le siège plonge un peu en S. I. G. décomplété, mode des fesses.

En présence de l'arrêt des douleurs, de la rupture prématurée de la poche des eaux, de la lenteur du travail, on fait, sous anesthésie générale, l'abaissement du pied antérieur.

Il est alors 21 h. 30.

Dès cet instant, les douleurs apparaissent toutes les cinq minutes. A 22 h. 45, une heure et quart après la manœuvre de l'abaissement du pied, les douleurs deviennent expulsives. Le siège et le tronc se dégagent spontanément, mais on éprouve de grandes difficultés pour l'extraction de la tête dernière. On essaye de faire la rétropulsion du coccyx. Ce n'est qu'après dix minutes d'efforts qu'on réussit à dégager la tête.

L'enfant, un garçon, naît flasque, pâle. Il est ranimé, au bout de quinze minutes, par les moyens habituels. Il pèse 3.440 grammes.

La délivrance est spontanée vingt minutes après.

Le placenta et les membranes sont normaux.

Rien à signaler par la suite.

OBSERVATION IV

S..., 39 ans, multipare.

Cinq accouchements normaux.

Dernières règles: 2 février 1929. Accouchement prévu : 12 novembre.

Entre dans le service, envoyée par son docteur, le 25 octobre 1929, à 7 heures.

A des douleurs depuis le 24 octobre, à 14 heures.

A perdu spontanément les eaux le même jour, à 20 heures.

A l'arrivée, elle n'a plus de douleurs. Au palper, on sent un fœtus en position intermédiaire entre le siège et l'épaule. On ramène facilement la tête dans le fond utérin.

Le toucher montre un col dilaté à trois centimètres. On sent une main à gauche et à droite l'extrémité pelvienne.

C'est une S. I. D. décomplété, mode des fesses.

Les bruits cardiaques sont entendus.

A 7 h. 15, on abaisse le pied antérieur sans trop de difficultés, par crainte d'une épaule et à cause de l'arrêt des contractions.

Les douleurs, qui avaient disparu, sont maintenant perçues toutes les trois à quatre minutes. L'accouchement a lieu spontanément, trois quarts d'heure après la manœuvre de l'abaissement du pied antérieur.

La parturiente met au monde un garçon, mort-né, porteur d'un spina bifida de la région sacro-coccygienne. Le poids de l'enfant est de 2.520 gr.

La délivrance est faite par refoulement trente minutes après.

Le placenta est complet. Il pèse 430 grammes. Les membranes sont intactes.

Une prise de sang a montré un Bordet-Wassermann négatif et un Hecht très positif.

OBSERVATION V

Ch... Berthe, 34 ans, quartipare.

Un accouchement normal à terme en 1914 : fille décédée à deux ans, de la rougeole.

Un accouchement prématuré à 7 mois, en 1923 : enfant macéré.

Un accouchement à terme en 1924 : fille atteinte de coxalgie.

Les dernières règles sont du 12 mars 1929. Accouchement prévu : 22 décembre.

La malade entre dans le service le 17 décembre 1929, à 19 heures.

Elle a perdu les eaux spontanément sans douleurs, le 17, à 7 heures. Une sage-femme l'a examinée à deux reprises et lui a conseillé d'entrer à la Charité.

L'examen montre :

Un ventre volumineux ;

Une hauteur utérine de 39 centimètres ;

Une présentation intermédiaire entre le siège et l'épaule.

Le siège est dans la fosse iliaque droite, la tête dans le flanc gauche. On essaye de ramener le siège au détroit supérieur mais en vain. L'utérus est fortement oblique. Le toucher montre une dilatation à 5 centimètres. On ne sent pas les petits membres qui sont relevés le long du tronc. La parturiente n'a toujours pas de douleurs.

Devant cet état de choses : rupture prématurée de la poche des eaux, absence des contractions, crainte d'une épaule, M. le Chef de Clinique, à 20 heures, fait, avec beaucoup de difficultés, l'abaissement du pied antérieur. L'utérus est très rétracté ; il est absolument privé d'eau.

Vers 22 heures, les premières contractions et douleurs apparaissent.

Le 18 décembre, à 4 h. 45, les bruits du cœur deviennent irréguliers. La dilatation est complète. Le pied antérieur est très œdématié.

M. le Chef de Clinique, prévenu, fait faire une injection de morphine pour faire céder la rétraction utérine.

Sous anesthésie, il fait la grande extraction du siège.

Il est obligé d'exercer de vigoureuses tractions pour faire engager le siège et le tronc. Il va à la recherche du bras antérieur et, sous le contrôle du doigt, l'extrait avec un crochet de Braun ; le bas postérieur est assez facilement dégagé, ainsi que la tête dernière par un simple Mauriceau.

Il s'est écoulé 8 heures entre l'abaissement du pied antérieur et l'accouchement.

L'enfant est mort-né ; il pèse 4.030 grammes.

Dix minutes après l'expulsion du fœtus, le placenta, en grande partie décollé, est extrait. Les parties molles sont intactes. Aucune rétention.

Suites de couches normales.

OBSERVATION VI

D..., 34 ans, primipare.

Rien à signaler dans les antécédents.

Dernières règles : le 10 janvier 1930. Accouchement prévu : 17 octobre.

Grossesse bien supportée.

La malade commence à avoir des douleurs le 17 octobre, à 6 heures. La rupture des membranes se fait spontanément quelques instants après.

La parturiente entre dans le service le même jour, à 9 h. 30.

Le col est à ce moment dilaté à 5 centimètres : il est effacé. Le toucher montre une présentation en S. I. G., mode des genoux.

Le 18 octobre on examine la malade : la dilatation du col n'a pas beaucoup progressé. Les douleurs sont moins fortes et moins fréquentes. La poche des eaux étant rompue depuis 24 heures et le travail se montrant assez lent, on pratique l'abaissement prophylactique du pied antérieur. Il est alors 9 h. 30.

Deux heures après, la dilatation est complète et M. le Professeur fait la grande extraction du siège.

L'enfant, un garçon, naît vigoureux ; il pèse 3.400 gr.

La délivrance se fait spontanément vingt minutes après.

Aucune rétention.

Suites de couches normales.

OBSERVATION VII

S... Marie, 28 ans, primipare.

Bien réglée habituellement. Rien à signaler dans les antécédents.

Vomissements au début de la grossesse qui, ensuite, fut bien supportée.

On note une adiposité exagérée.

Dernières règles: 26 février. Accouchement prévu : 6 décembre.

Les premières douleurs sont apparues le 29 novembre 1930, à 13 heures.

La parturiente entre dans le service le 30, à 10 heures. Les eaux ont été perdues dans la matinée. La malade ne peut préciser l'heure.

Au palper, on sent un ballotement céphalique dans le fond utérin, les bruits du cœur sont entendus à droite, au niveau de l'ombilic.

Le toucher montre un col souple, dilaté à 5 centimètres.

On sent les ischions, l'anus, le sillon interfessier : c'est un siège décomplété, mode des fesses, en S. I. D. P.

Les douleurs sont moins fortes et les contractions espacées de dix minutes en dix minutes.

A 18 heures, en présence de ce travail lent, M. le Chef de Clinique, sous anesthésie, fait l'abaissement prophylactique du pied antérieur. A ce moment, le col est dilaté à une petite paume de main.

A 21 h. 30, le col est complètement dilaté. On fait la grande extraction du siège, après avoir abaissé le pied postérieur.

La tête dernière est extraite par un Mauriceau.

L'enfant, du sexe masculin, naît étonné ; il crie au bout de deux minutes. Son poids est de 4.480 grammes. Il présente une inclinaison de la tête sur l'épaule postérieure.

Il y a une déchirure périnéale, qui a nécessité trois points musculo-cutanés.

On pratique la délivrance artificielle. Aucun incident.

Le placenta et les membranes sont intacts.

Les suites sont normales pour la mère et l'enfant.

OBSERVATION VIII

D... Hélène, primipare.

Bonne santé habituelle. Règles très irrégulières depuis le mariage.

Les dernières règles seraient du 26 octobre 1929 ?

Elle a eu des vomissements bilieux et alimentaires du deuxième au cinquième mois. On a relevé de l'albuminurie dans les trois dernières semaines. Au moment du travail on notera un œdème de la face et des membres et un gros disque d'albumine.

Une version a été tentée sans résultats au cours de la grossesse.

Le 20 septembre, elle est venue dans le service, ayant ressenti de petites douleurs. Ce ne fut qu'une alerte et elle repartit le lendemain chez elle.

Elle revient le 14 octobre, à 8 heures. Les douleurs sont survenues, il y a une demi-heure.

Au toucher, le col est perméable à un doigt. On donne un lavement purgatif et 2 grammes de chloral.

Le soir du même jour, à 22 heures, les membranes se rompent spontanément. Présentation en S. I. G. A. décomplété, mode des fesses.

Le 15 octobre, à 10 heures, le col est perméable à deux doigts ; il est résistant. Dans la journée, on a donné 9 grammes de chloral.

A 19 heures, le col est dilaté à 5 centimètres.

Le 16 octobre, à 8 h. 30, la dilatation est à 6 centimètres environ. Le pouls est à 124. La température à 37°9. M. le Chef de Clinique fait faire une injection de morphine.

En présence de ce travail très lent, de la rupture précoce

des membranes, à 10 heures, sous anesthésie, on abaisse sans trop de difficultés le pied antérieur.

A 11 heures, les bruits du cœur deviennent irréguliers.

La dilatation est, à ce moment, complète.

L'extraction du siège s'effectue sans incident. L'enfant, une fille, naît étonnée. Son poids est de 3.950 grammes.

La délivrance a lieu spontanément quinze minutes après.

La perte sanguine est de 500 grammes. Le placenta et les membranes sont intacts. Aucune déchirure à signaler.

Le travail aura duré 51 heures.

Les suites sont normales pour la mère et pour l'enfant.

OBSERVATION IX

P... Marie, 24 ans, primipare.

Rien à signaler dans les antécédents.

Dernières règles : 13 juillet 1930. Accouchement prévu : 23 avril.

Entre dans le service le 1^{er} mai 1931, envoyée par un médecin qui, ayant diagnostiqué une présentation du siège, a fait l'abaissement prophylactique du pied postérieur.

La rupture des membranes s'est faite le matin, à 10 heures.

A son arrivée, à 14 h. 30, la température est de 38°.

Le pied droit est à la vulve. Les bruits du cœur sont réguliers.

Au palper, on perçoit le dos à gauche. C'est une présentation en S. I. G.

On donne d'emblée 3 grammes de chloral. Une heure après une injection d'un centigramme de morphine est faite.

A 17 heures, on donne encore 3 grammes de chloral.

Le col est dilaté à une paume de main : il est rigide.

Devant l'arrêt des douleurs, la progression peu marquée de la dilatation, sous anesthésie générale, on fait, à 17 heures, l'abaissement du pied antérieur.

Les douleurs qui avaient cessé réapparaissent.

A 20 heures, 2 grammes de chloral.

A 23 h. 30, six heures après avoir fait l'abaissement du pied, le siège est expulsé spontanément. Le dégagement du

tronc et des bras se fait facilement, mais il existe une véritable dystocie pour l'extraction de la tête dernière, retenue par le col et l'anneau de Bandl.

Le cœur de l'enfant bat faiblement. On essaye de le ranimer par les moyens ordinaires. On fait une injection intramusculaire de coramine, mais en vain... L'enfant succombe... Il a vécu 7 heures. Il pèse 2.320 grammes.

Placenta et membranes intacts.

Suites de couches normales.

OBSERVATION X

D..., 26 ans, primipare.

Dernières règles : 13 octobre 1930.

Accouchement prévu : 23 juillet 1931.

La malade vient à la consultation le 13 juillet. On note une présentation S. I. G. Une version est tentée sans résultats.

Au toucher, on remarque des parties molles résistantes, un arc antérieur de rayon inférieur à la normale, un acrum avec faux promontoire bas. Le vrai n'est pas accessible.

Le 19 juillet, à 3 heures, les membranes se rompent spontanément. Quant aux douleurs, elles apparaissent à 7 heures. A 10 heures, on pratique un examen qui montre :

Un col effacé, dilaté à 2 centimètres ;

Un siège décomplété, mode des fesses, au détroit supérieur.

La malade ne se plaignant que de douleurs lombaires, on lui donne deux grammes de chloral.

A 17 heures, un nouvel examen montre une dilatation toujours la même. M. le Chef de Clinique, prévenu, fait alors, sous anesthésie générale, une dilatation manuelle et abaisse le pied antérieur.

Aussitôt après, les douleurs deviennent plus fortes.

A 19 heures, deux heures après la manœuvre, la dilatation est complète. On fait l'extraction du fœtus. Les bras sont relevés : le bras antérieur, le bras postérieur sont facilement dégagés.

On fait un Mauriceau et un léger Champetier.

L'enfant, un garçon, naît étonné, mais crie dès qu'il est dans un bain chaud. Son poids est de 2.850 grammes.

La délivrance est normale, ainsi que les suites de couches.

L'enfant, dans les heures qui suivent, a des crises convulsives. On lui fait trois ponctions lombaires infructueuses.

Les crises disparaissent et l'enfant quitte le service en bonne santé.

OBSERVATION XI

P..., 24 ans, secondipare.

Un accouchement normal à terme ; un enfant mort de broncho-pneumonie à 6 mois.

Dernières règles : 10 au 14 juillet 1928.

Accouchement prévu : 22 avril 1929.

Rien à signaler durant la grossesse.

Le 29 mars 1929, la parturiente vient à la consultation où l'on tente une version par manœuvres externes, mais sans résultat. Cependant, après cette manœuvre, la malade perd les eaux.

On la conduit dans le service. On l'examine. Le col est perméable à deux doigts ; au-dessus du col, derrière la symphyse, on sent les deux pieds et une main. C'est une présentation en S. I. G. complet. Les bruits du cœur sont entendus.

A 11 h. 30, devant l'absence presque totale des contractions, à cause de la rupture prématurée de la poche des eaux, on abaisse le pied antérieur. Dès ce moment la malade ressent des contractions toutes les cinq minutes.

A 13 heures, on lui donne un gramme de chloral.

A 14 heures, deux heures et demie après la manœuvre de l'abaissement du pied, elle accouche spontanément après deux efforts expulsifs d'une fille qui naît flasque, pâle et présente trois circulaires autour du cou. Elle est ranimée au bout de dix minutes par un bain chaud, des frictions et la respiration artificielle. Son poids est de 2.850 gr.

Le placenta pèse 430 gr. Il est normal ainsi que les membranes.

Suites normales.

Conclusions

I. — L'abaissement prophylactique du pied antérieur est une manœuvre qui a pour but, en attirant le pied considéré hors des voies génitales, de permettre la meilleure adaptation du pôle pelvien, qui se présente, avec le segment inférieur.

II. — Cette manœuvre se pratiquera avant dilatation complète, rendant impossible ou dangereuse l'extraction immédiate, mais le col étant néanmoins suffisamment perméable pour permettre l'introduction de la main à la recherche du pied.

III.— Les indications de cette méthode restent rares puisqu'à la Clinique obstétricale elle a été appliquée 11 fois sur 402 présentations du siège.

IV. — Cette méthode tendra essentiellement à ménager au maximum les intérêts maternels, de façon à éviter les lésions du canal cervico-segmentaire, qui seraient à craindre avec des tentatives de dilatation manuelles ou instrumentales.

C'est ainsi que nous ne relevons sur les onze observations aucune lésion utérine grave.

V. — Pratiquée avec prudence et discrimination, cette méthode paraît même ménager suffisamment les intérêts de l'enfant puisque, sur onze cas où la manœuvre a été mise en pratique, nous ne relevons que trois morts d'enfant dont deux paraissent imputables à des causes tout à fait étrangères à la méthode.

Nous n'avons observé aucun cas de procidence du cordon consécutive à la manœuvre.

VI. — En ce qui concerne la marche du travail, on assistera en général au réveil ou à la régularisation des contractions utérines dans les cas de lenteur exagérée du travail au cours des présentations du siège.

La vitalité de l'enfant paraît donc sauvegardée au maximum, du fait de l'accélération du travail obtenue par ce moyen.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	VORON.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 12 Novembre 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE

Bibliographie

- AHLFELD. — Über Behandlung der gedoppelten Steisslagen. *Societ. Obstetr. Leipzig*, 21 octobre 1872 ; *Arch. für Gynock.*, t. V, p. 174.
- BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements, t. I.
- BARNES. — Leçons sur les opérations obstétricales, 1873.
- BAUDELLOCQUE. — L'art des accouchements. Paris, 1879.
- BLOC. — Etude statistique sur la présentation du siège décomplété, mode des fesses. *L'Obstétrique*, Paris, 1897, n° 4, p. 432 ; *Thèse de Paris*, 96-97.
- BONNAIRE. — De l'abaissement artificiel du pied dans la présentation du siège. *Semaine Médicale*, Paris, 1893.
- BUDIN. — Présentation du siège décomplété, mode des fesses. *Journal des Sages-Femmes*, 1900 ; *Cliniques Obstétricales*.
- BUDIN et DÉMELIN. — Manuel pratique d'accouchement.
- CARTRON. — Conduite à tenir dans les présentations du siège décomplété, mode des fesses. *Thèse de Bordeaux*, 1897.
- CAZEAUX. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements. Paris, 1874.
- CHARPENTIER. — *Bulletin Société Obstétricale et Gynéc.*, 1886.
- DELAUNAY. — Pronostic et traitement des présentations du siège. *Thèse de Lille*, 1890.
- DELASSUS. — De l'abaissement du pied dans la présentation du siège décomplété, mode des fesses. *Obst.*, 1897, p. 333.
- DÉMELIN. — Siègue décomplété, mode des fesses avec rétraction empêchant l'abaissement des pieds. *Journal des Praticiens*, avril 1891.

- Conduite à tenir dans les présentations du siège.
Revue Française de Gynécologie, 1923.
- DÉMELIN et DEVRAIGNE. — Manuel de l'accoucheur.
- DESMAROUX. — Difficultés de l'abaissement du pied antérieur.
Thèse de Lyon, 1910.
- DUBOIS (Paul). — Traité complet d'accouchements.
— *Mémoire de l'Académie de Médecine*, Paris, 1833.
- DUBRISAY et JEANNIN. — Précis d'accouchement.
- FABRE. — Précis d'obstétrique, 1910.
- FARABEUF et VARNIER. — Introduction à l'étude clinique et à la pratique de l'accouchement.
- FIEUX. — A propos de l'abaissement prophylactique du pied dans la présentation du siège décomplété, mode des fesses. *Revue pratique d'Obst. et de Pédiatrie*, Paris, 1913, XXVI, p. 353.
- FUNK-BRENTANO. — De la conduite à tenir dans la présentation du siège. *Revue pratique d'Obst. et de Pédiatrie*, 1900, septembre et octobre.
- GAULARD. — Considérations sur les présentations du siège.
- GAUSSEL-ZIEGELMANN (Mme). — *L'Obstétrique*, mars 1907, p. 137.
- GUILLEMEAU. — De la grossesse et de l'accouchement.
- GOLDBERG (Mlle). — Utilité de l'abaissement du pied antérieur. *Thèse de Paris*, 1915.
- HARRISSON. — Double nuchal displacement of the arms in a left sacro anterior presentation with feet extended to chin of child (frank. breech.). *Virginia Med. Month Richmond*, 1916, XXI, p. 175.
- HAUVUY. — Quelques réflexions sur le pronostic et le traitement de la présentation du siège décomplété, mode des fesses. *Thèse de Lyon*, 1908.
- HENRIONNET. — De l'engagement de l'extrémité pelvienne pendant la grossesse. *Th. de Paris*, 1884.
- KÜSTNER. — Présentation du siège et des pieds. Leur danger. Leur traitement. *Sammlung Klinik. Vortrage von R. Volkmann*, n° 140, 1878.
- LACHAPELLE (Mme). — Pratique des accouchements, t. II, p. 67 et suivantes.

- LEPAGE. — *Sociét. d'Obst., Gynéc. et de Pédiatrie*, Paris, juillet 1905.
- MAGNE. — Du réflexe cutané respiratoire. *Thèse de Paris*, 1896.
- MANGIAGALLI. — *Ann. Obstetrici*, 1881, p. 283.
- MANTEL. — Nouvelle manœuvre pour l'abaissement d'un pied dans les présentations du siège décomplété, mode des fesses. *Thèse de Paris*, 1889.
- MANUEL. — Accouchements par le siège de la Clinique Tarnier. *Thèse de Paris*, 1910.
- MAURICEAU. — Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées.
- MAYGRIER. — Traitement de la présentation du siège, mode des fesses dans l'excavation. *Soc. Obst. et Gynéc.*, 1890.
- MINON. — Pronostic comparé des variétés complète et décomplété, mode des fesses dans la présentation du siège. *Thèse de Paris*, 1913-1914.
- NÉRET. — De la présentation du siège. *Journal des sages-femmes*, Paris.
- OLIVIER. — De l'intervention dans la présentation du siège décomplété, mode des fesses. *Th. de Paris*, 1882. *Annales de Gynécologie*, Paris, 1890, t. XXXIV, p. 392.
- PEU. — La pratique des accouchements.
- PORAK. — Statistique à propos de la présentation du siège décomplété, mode des fesses. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gynéc.*, 1887.
- POTOCKI. — Abaissement prophylactique et curatif du pied dans la présentation du siège décomplété, mode des fesses. *Annales de Gynécologie et d'Obst.*, Paris, 1893, t. 40, p. 24.
- RICHEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique.
- RUSSO (V.). — Contributo alla casistica dell' abbassamento profilattico di un piede nella pelvi incomplete (varietà natiche). *Art. Obst.*, Milano, 1922, XXXVI, p. 19.
- SMELLIE. — Traité de la théorie et de la pratique des accouchements. Trad. française, 1754.
- SPIEGELBERG. — *Larhbuch*, 1878, p. 803.
- SCHRÖDER. — Manuel d'accouchements.

STEINMETZ. — Des présentations du siège décomplété, mode des fesses. *Thèse de Nancy*, 1898-1899.

TARNIER et CHANTREUIL. — Traité d'accouchement.

VAILHÉ. — Quelques remarques sur l'extraction du fœtus en présentation du siège décomplété, mode des fesses. *Thèse de Montpellier*, 1897-1898.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	9
HISTORIQUE.	15
<i>Chapitre premier.</i> — Inconvénients et avantages de la méthode.	19
<i>Chapitre II.</i> — Indications de la méthode.	27
<i>Chapitre III.</i> — Discussion des observations et résultats	31
OBSERVATION DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE LA CHARITÉ	43
CONCLUSIONS.	55
BIBLIOGRAPHIE.	57



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 IMPRIMEURS-ÉDITEURS 00 00

00 42, QUAI GAILLETON, 42 00

00 00 00 00 LYON 00 00 00 00





